

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

51

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 19 novembre 1898, à 1 heure

Par ARTHUR HENRY

Né à Cayenne, le 30 juin 1873.

Ancien externe des hôpitaux.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DIPHTÉRIES ASSOCIÉES

(FORMES STREPTOCOCCIQUES)

(Grands accidents septiques)

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges : MM. JOFFROY, professeur.
ROGER et THIROLOIX, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

51

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 19 novembre 1898, à 1 heure

Par ARTHUR HENRY

Né à Cayenne, le 30 juin 1873.

Ancien externe des hôpitaux.

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

DIPHTHÉRIES ASSOCIÉES

(FORMES STREPTOCOCCIQUES)

(Grands accidents septiques)

Président : M. HUTINEL, professeur.

*Juges } MM. JOFFROY, professeur.
 } ROGER et THIROLOIX, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1898

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUGHARD.
Pathologie médicale.	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	LABOULBENE.
	CHANTEMESSE.
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
Maladie des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies du système nerveux.	JOFFROY.
	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRE	LEPAGE	THOINOT
ANDRE	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (André).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
PIERRE DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERRY	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE

A MES FRÈRES

A MES SŒURS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin des Enfants Assistés.
Chevalier de la Légion d'honneur.

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Ce modeste travail a été fait sous l'inspiration de M. Barbier médecin agrégé des hôpitaux. Nous sommes heureux de le remercier de son extrême bienveillance et de ses conseils si éclairés.

Que M. le professeur Hutinel veuille bien agréer l'expression de notre respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait d'accepter la présidence de cette thèse.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES
DIPHTÉRIES ASSOCIÉES
(FORME STREPTOCOCCIQUE)
(GRANDS ACCIDENTS SEPTIQUES)

Presque tous les auteurs s'accordent maintenant à différencier les formes de la diphtérie et reconnaissent avec MM. Grancher et Barbier :

- 1° La diphtérie toxique pure ;
- 2° Les diphtéries infectieuses.

Celles-ci se subdivisant suivant le degré de l'infection et donnant :

- 1° Les diphtéries infectieuses à petits accidents septiques ;
- 2° Les diphtéries infectieuses à grands accidents septiques.

Ce sont ces dernières qui feront l'objet de notre étude.

Depuis longtemps elles avaient été entrevues ; chez les anciens auteurs nous les retrouvons sous le nom d'an-

gines malignes ; ce sont encore les angines toxiques et hypertoxiques des modernes pour lesquels n'existait pas encore la distinction entre la diphtérie pure et la diphtérie associée.

Ces dénominations viennent de ce que la notion de l'infection était inconnue chez les premiers, et que les seconds n'en élargissaient pas assez la conception.

Les données actuelles fournies par la clinique, l'anatomie pathologique, la bactériologie et l'expérimentation, nous permettent d'envisager la question sous sa véritable forme et d'en donner l'explication.

C'est par les voies digestives et respiratoires, véritables portes de la vie intérieure ouverte au monde extérieur que se fait l'infection, soit par les nombreux micro-organismes qui les peuplent à l'état normal, soit par ceux apportés par le contagion ; et alors suivant l'état de réceptivité du sujet, on assistera à l'évolution d'une maladie ou à la transformation d'une affection en cours.

Cette dernière condition qu'on voit quelquefois en ville est réalisée assez souvent à l'hôpital où certaines affections restent rarement pures ; il ne faut pas s'en étonner. Dans un même hôpital sont traitées des maladies différentes, les isolements sont souvent imparfaits, les malades sont exposés aux poussières des parquets, à l'infection par les linges et aussi, devons-nous le dire, par les personnes attachées au service qui ne s'assujettissent pas toujours aux règles hygiéniques habituelles.

C'est pourquoi les maladies qui s'accompagnent de lésions des muqueuses comme la rougeole, la grippe et la scarlatine nous offrent de nombreux exemples d'infec-

tions simultanées et secondaires et sont souvent accompagnées ou suivies, de broncho-pneumonie, d'angines etc.... provoquées par les micro-organismes qui viennent s'y surajouter.

Nous pouvons donc dire avec M. Barbier qu'il n'est pas de maladies, portant par leur essence même atteinte à l'intégrité des surfaces muqueuses, qui ne puissent à un moment donné se compliquer d'accidents infectieux dus à l'action nocive d'un microbe nouveau, hôte naturel ou accidentel du corps humain et de ces muqueuses.

La diphtérie ne saurait échapper à cette loi. Le poison diphtérique tend en effet à frapper de dégénérescence ou de mort les éléments figurés migrants ou non qu'il imprègne, et il met obstacle par son action vaso-constrictive au processus de défense de l'organisme représenté par l'afflux des globules blancs au point touché.

L'action propre du bacille prédispose donc aux infections par son foyer de nécrose.

La muqueuse devenant un lieu de moindre résistance, des microbes septiques jusque-là, indifférents, trouvent matière à pulluler et reprennent des propriétés virulentes nous assistons alors à l'association des micro-organismes avec le bacille diphtérique.

Parmi ces associations une des mieux établies est celle du streptocoque avec le bacille de Lœffler, ainsi que nous le prouvent la médecine expérimentale, la bactériologie et la clinique.

Les examens bactériologiques nous montrent en effet que dans certains cas de diphtérie, les exsudats pharyngés, les liquides de la gorge et du jetage donnent des

cultures innombrables de streptocoques dont on constate également la présence dans les productions pathologiques qui se font dans le cours de la maladie ou dans les tissus, dans le cœur, dans le sang, dans le pus d'un bubon diphtérique, dans le pus des canules, dans les bronches et les poumons.

D'autre part nous savons que le streptocoque a une action spéciale sur les muqueuses, action qui se traduit par des phénomènes inflammatoires (art. de M. Barbier *Archives de médecine expérimentale*, 1891).

Si l'on dépose sur la muqueuse vaginale des femelles de cobaye, au moyen d'un fil de platine stérilisé, une culture récente de streptocoques, on voit se développer une vaginite légère et curable qui se manifeste par de la rougeur et un suintement muco-purulent. Qu'on se serve de streptocoques et de bacilles diphtériques, dès le lendemain on voit se déclarer une vaginite intense, caractérisée par une congestion de la muqueuse qui peut même être le siège d'hémorrhagie ; l'irritation se propage à la vulve qui se recouvre d'exsudats jaunâtres.

D'un autre côté, si au cours d'une vaginite streptococcique chez une femelle de cobaye, on badigeonne la muqueuse vaginale avec une culture de bacille diphtérique, on voit se développer des phénomènes semblables à ceux de l'inoculation mixte.

On voit donc que l'évolution et la marche de la diphtérie sont influencées d'une façon particulière par le streptocoque et que dans les rapports qui unissent l'action des deux bacilles il faut considérer d'une part l'action du bacille sur les muqueuses, d'autre part l'influence que le

bacille diphtérique et les microbes en question exercent réciproquement sur leur virulence propre. Or les expériences de MM. Roux et Yersin nous montrent que la coexistence du bacille de Loeffler et du streptocoque exalte la virulence des deux micro-organismes, et celles de Bernheim et Bonhoff que l'infection simultanée par le streptocoque et le bacille est plus grave que celle produite dans les mêmes conditions par le bacille diphtérique agissant seul.

L'adjonction du streptocoque au bacille diphtérique donne donc à la maladie une marche spéciale, alors que dans la diphtérie pure nous ne voyons pas de phénomène inflammatoire et que tout se termine favorablement en général grâce à la sérothérapie (Thèse de Dumas 1898).

Dans la diphtérie associée au streptocoque au contraire, la réaction inflammatoire est vive ; l'affection a son aspect, son évolution et ses complications propres et présentant toujours une haute gravité, que l'action du sérum n'atténue pas.

Un résumé nous en fera mieux apprécier les différences.

Dans la diphtérie pure nous trouvons un mal de gorge souvent nul, à l'examen de la gorge des fausses membranes typiques, blanches, s'enlevant plus ou moins facilement en lambeaux, une muqueuse de coloration normale, sans rougeur ni tuméfaction, parfois présentant de la pâleur ; il n'y a pas d'adénopathie ou elle est à peine appréciable. Le pouls est toujours petit et accéléré. Tous ces phénomènes évoluant avec une fièvre modérée et un état général qui dépend exclusivement de l'activité de la

toxine. La guérison est pour ainsi dire la règle, chez les malades soumis à temps à la sérothérapie.

Dans la diphtérie accompagnée d'infection streptococcique nous trouvons des caractères d'une autre importance et que d'ailleurs nous pouvons opposer terme par terme à ceux de la diphtérie toxique. Nous ne saurions mieux faire du reste que de résumer les symptômes si nettement tracés par M. Barbier :

Aspect extérieur typique de la face et du cou, face pâle, bouffie ou cyanosée, teint plombé, peau luisante et quelquefois rosée au pourtour du nez et sur le nez lui-même, rougeur et excoriations de la lèvre supérieure au-dessous des narines.

Bouche ouverte, haleine horriblement fétide, douleurs vives à la déglutition ; le malade se refuse à s'alimenter.

Gorge énormément tuméfiée ; la muqueuse est rouge, saignée, saignante, boursoufflée.

Fausses membranes, parfois dissociées, ou bien épaisses et molasses, putrilagineuses, sanguinolentes.

Cou énorme, proconsulaire, adénite et périadénite.

Jetage abondant, séro-fibrineux, séro-sanguin ou complètement hémorrhagique.

Marche de l'affection suraiguë, tuant le malade en 24 ou 36 heures ou plus lentement, et alors on peut voir survenir les complications propres au staphylocoque, telles que bronchite suraiguë purulente, phlegmon péri-trachéal, etc. Le malade est dans un état de prostration complète. Il ne remue pas de son lit, a une forte fièvre et des convulsions.

La guérison est rare dans les formes très infectieuses,

la convalescence longue. Dans la gorge on peut observer des ulcérations grisâtres, et dans certains cas de véritables pertes des substances portant sur les piliers et le voile du palais.

Des complications ultérieures, telles que adénites suppurées, phlegmons, etc. peuvent encore retarder la guérison et même amener la mort.

De la description précédente, il résulte que le bacille diphtérique à lui seul et quelle que soit sa virulence, ne peut donner lieu à des phénomènes semblables, et qu'il faut pour réaliser cet ensemble de symptômes l'entrée en action du streptocoque. Nous pouvons dire par conséquent que l'association est une suite de superpositions de deux infections, l'infection par le bacille et l'infection par le streptocoque, aggravées par la virulence spéciale que ces deux micro-organismes acquièrent lorsqu'ils se trouvent en présence dans leurs actions.

Dans les formes qui nous occupent, il y a des angines à streptocoques qui réalisent presque absolument le tableau des diphtéries streptococciques.

Nous ne citons que cet exemple, parce qu'il nous est particulier, mais on trouverait le même tableau dans certains cas de rougeole et de scarlatine sous le coup d'une infection streptococcique.

G..., Yvonne, 2 ans.

Entrée le 8 août à 9 heures et demie du soir.

L'enfant aurait eu la scarlatine avant de tomber malade. Souffrant depuis 5 jours. Pas de contact d'enfant malade. A eu de la fièvre et des vomissements. A été injectée en ville avec 20 c. c. de sérum.

Pas de phénomènes laryngés à l'entrée.

9 août. — T. 40°. P. 150 avec des irrégularités.

Etat local. — 2 plaques jaunâtres adhérentes sur la face antérieure de l'amygdale gauche. Muqueuse rouge, vernissée. Amygdales tuméfiées, volumineuses; le pilier antérieur, à gauche particulièrement, bombe en avant et sur les côtés. La luette est également tuméfiée. L'ensemble amène un rétrécissement de l'isthme bucco-pharyngé.

Sécrétions muco-purulentes très abondantes venant du pharynx, un ganglion énorme de chaque côté, surtout à gauche avec de l'infiltration du tissu cellulaire périganglionnaire. Jetage séro-muqueux par les deux narines. Pas de troubles laryngés. Fissures et excoriations des lèvres supérieures et inférieures. Langue sèche. Urines rares et albumineuses.

L'enfant est dans un état de prostration assez marqué. il est abattu, semble indifférent à ce qui se passe autour de lui.

Examen bactériologique. — Ensemencement sur agar et sérum: streptocoques tétragènes abondants. Pas de Loeffler.

Traitement. — Lavages antiseptiques.

10 août. — Localement il semble y avoir une diminution des phénomènes. La gorge est moins rouge, les amygdales un peu moins tuméfiées, ce qui permet d'apercevoir à gauche des exsudats adhérents aux cryptes amygdaliennes. Quelques opalescences sur la luette.

A la suite d'application de pommade mercurielle sur les ganglions, la périadénite a diminué.

L'infiltration du tissu cellulaire a diminué, ce qui permet de constater nettement à droite quatre ganglions de moyen volume. A gauche les ganglions semblent plus gros et pointent en avant; on se demande s'il n'existe pas de fluctuation; la malade est examinée par M. Broca qui conclut à la négative. La température a subi une

légère rémission le matin, mais il a atteint 40 le soir. Le pouls est à 150.

Examen bactériologique. — Ensemencement de la gorge sur agar et bouillon donne des streptocoques abondants.

11 août. — Les deux amygdales sont moins tuméfiées, la rougeur a diminué, mais à droite et à gauche il se fait de place en place des foyers de sphacèle. Le sphacèle n'est pas fétide. Toutefois l'état général reste le même qu'à l'entrée de la malade.

Traitement. — Injections de sérum artificiel. Bains. Traitement antiseptique au phénol sulfuricé.

12 août. — L'état général est très mauvais.

Température: 40; pouls: 170, très irrégulier.

L'enfant présente les signes d'une intoxication profonde.

Teinte cyanosée des ongles, des membres supérieurs et inférieurs. Facies plombé, peau luisante. Regard fixe, plus de réflexe palpébral. Les ailes du nez battent. L'enfant est dans le collapsus, ne remue pas, ne pousse aucun cri. On ouvre la bouche, il s'en exhale une odeur repoussante. Le fond de la gorge n'est plus qu'une bouillie. Les amygdales sont détruites par de larges ulcérations. Le voile du palais est ulcéré. Tout le pharynx est transformé en une bouillie infecte qu'on enlève facilement au moyen d'un abaisse-langue. Quelques instants après la visite, l'enfant a une syncope, des convulsions et meurt.

Autopsie. — Faite le 13 août par M. Tollemé, 22 heures après la mort.

L'enfant était bien conservé malgré la température.

Péritoine. — Petite quantité de liquide jaune citron.

Poumon. — Congestion des bords postérieurs et plaques d'atélectasie dans les mêmes régions; emphysème prononcé des bords antérieurs. Ganglions trachéo-bronchiques modérément volumineux. A la coupe congestion

généralisée des pounons ; splénisation par plaques ; en somme broncho-pneumonie.

Cœur. — Gras, en systole modérée.

À la coupe, myocarde pâle, dégénéré, de couleur feuille morte très accentuée.

Péricarde et endocarde sains.

Sang noir, poisseux, non coagulé.

Ventricule et oreillette droits renfermant un caillot blanc très doux.

Pharynx. — Amygdales remplacées par deux anfractuosités remplies de débris putrilagineux. Cette gangrène s'étend vers la partie postérieure du pharynx, le voile du palais et la luelle.

L'amygdale pharyngée est atteinte ainsi que tout le tissu adénoïde du pharynx.

Les ganglions du cou, rétro-maxillaire, sterno-mastoïdien et rétro-mastoïdien sont très hypertrophiés des deux côtés ; le centre de quelques-uns est en voie de suppuration.

Cependant pas de trace de suppuration à la périphérie ; ils sont facilement isolables les uns des autres ; pas de périadénite.

Larynx. — Muqueuse laryngo-trachéale enflammée, violacée, couverte de mucosités gluantes non suppurées. Il en est de même pour les branches qui ne renferment pas de pus.

Raie. — Très grosse, molle et diffluent.

Foie. — Gras.

Reins. — Gras. Il présente de la néphrite parenchymateuse très accentuée surtout à gauche.

Capsules surrénales normales.

Encéphale. — Présente une congestion très accentuée dans toutes ses parties, sans hémorrhagie, ni lésions méningitiques.

Ganglions mésentériques tuméfiés.

Examen bactériologique pendant la maladie.

L'examen du sang est fait le 11 août.

2 tubes sérum. . .	} sont restés stériles.
2 tubes bouillon. .	
2 tubes agar . .	

Le 12 août l'enfant rend le matin par le nez une fausse membrane qu'on apporte au laboratoire dans de l'eau distillée. Agitée dans l'eau cette membrane ne se dissout pas, est résistante, blanche, un peu transparente, à bords déchiquetés.

Des tubes de sérum, d'agar et de bouillon sontensemencés avec cette fausse membrane et donnent exclusivement du streptocoque au bout de 24 heures.

Examinés plusieurs jours après ils ne renferment que du streptocoque.

Examen bactériologique. — Après l'autopsie.

Les organes sontensemencés avec toutes les précautions employées habituellement.

Le *myocarde*ensemencé dans du bouillon donne du streptocoque pur à grains moyens.

Le *sang du cœur* sur agar, sérum et bouillon donne du streptocoque pur.

Les *Bronches* sur sérum, agar et bouillon donnent du streptocoque, du pneumocoque et du coli-bacille.

Poumons. — On prend le milieu d'une *plaque d'atélectasie* qu'onensemence sur sérum, agar et bouillon et on ne trouve que du streptocoque.

La *rate* reste stérile sur sérum, agar et bouillon.

Les *Ganglions sterno-mastoïdiens* donnent sur sérum, agar et bouillon du streptocoque.

Les *Ganglions rétro-maxillaires* donnent du streptocoque pur sur sérum, agar et bouillon.

Cette observation présente un grand intérêt puisque dans tous les examens bactériologiques pratiqués pendant la vie on n'a jamais trouvé le bacille diphtérique et qu'au contraire les streptocoques y étaient très abondants ; de même après la mort, aucun organe, aucun liquide n'a présenté de bacille, et partout, dans le myocarde, le sang, les bronches, les poumons, la rate et les ganglions du cou on a trouvé du streptocoque.

Il y a des cas qui nous montrent la succession des phénomènes, où les deux infections se surajoutent l'une à l'autre, et nous voyons que sur des lésions dues au streptocoque vient se greffer le bacille diphtérique donnant aussitôt à la maladie la tournure grave des diphtéries accompagnées d'infections streptococciques où les deux organismes se prêtent une mutuelle influence et exaltent leur virulence dès qu'ils se trouvent en présence l'un de l'autre. L'observation suivante qui a toute la valeur d'un fait expérimental nous en offre un exemple frappant.

OBSERVATION

Abcès amygdalien à streptocoques. Diphtérie consécutive. Angine infectieuse bilatérale. Adénopathie unilatérale. Guérison. Poussée angineuse membraneuse, bilatérale ultérieure non diphtérique. Infection staphylococcique. Traitement antiseptique intensif. Guérison.

T..., 3 ans et demi, entre le 18 octobre 1897.

Soigné chez lui pour un abcès de la gorge.

A son entrée, il est abattu, pâle et respire avec difficulté.

A l'examen, on voit l'amygdale droite énorme, repous-

sée vers la ligne médiane par une collection purulente qui empiète sur le voile du palais et qui repousse la luette vers le même côté.

Fausse membranes sur la face interne de l'amygdale droite et sur le voile du palais. Mucopus pharyngé abondant. Muqueuse très rouge du côté droit seulement. L'autre amygdale, ainsi que la muqueuse sont saines sans fausses membranes.

Haleine fétide. Adénite et péri-adénite à droite seulement. Le cou est hémi-proconsulaire. Jetage nasal purulent et abondant. Incision de l'abcès : il en sort du sang et du pus noirâtre.

Pâleur et abattement du malade.

Traces d'albumine.

Examen bactériologique. — Gorge ; sérum ; bacilles ; agar ; streptocoques abondants.

19 octobre. — Jetage sanguinolent. Le fond de la poche purulente et les abords sont tapissés de fausses membranes.

Il en existe également sur la luette, le voile du palais et les lèvres.

20 octobre. — Même état de la gorge. Léger œdème du cou. Pouls petit, 150. Urines rares avec un peu d'albumine.

La différence d'aspect entre l'amygdale droite et l'amygdale gauche est absolument frappante.

21 octobre. — Même état. Les fausses membranes tombent au lavage pour se reproduire ensuite. Mauvais état général. Langue un peu sèche.

A chaque lavage, on provoque un réflexe pharyngé avec tendance à la syncope. Urines rares (un quart de litre en 24 heures).

Excoriations au niveau de la muqueuse linguale.

22 octobre. — Un peu moins d'agitation. Localisation des fausses membranes au niveau de l'abcès et des excoriations de la muqueuse.

L'infiltration du cou est moindre et permet de percevoir les ganglions. Pouls, 125.

L'enfant a reçu, le 20 et le 21 octobre, 10 c. c. de sérum antidiphthérique. Injection de sérum artificiel.

23 octobre. — Rougeur nasale depuis quelques jours. Jetage nasal. Excoriation des lèvres. L'état de la gorge ne varie guère.

27 octobre. — Les fausses membranes ont reparu sur le palais.

Sécrétion purulente plus marquée. Le cou est tuméfié de nouveau. A ce moment l'ensemencement des fausses membranes de la gorge ne donne sur sérum et agar, que du staphylocoque. Etat stationnaire jusqu'au 21, mais légère aggravation.

1^{er} novembre. — Les deux amygdales se rejoignent, et la luette disparaît en arrière de celles-ci.

La cavité de la poche purulente est tapissée de fausses membranes. Il en existe de nouvelles sur la joue, le voile du palais, la sertissure des dernières molaires avec rougeur de la muqueuse.

Jetage très abondant. Tourniole suppurée à un doigt.

Examen de la gorge pratiquée au moment de la nouvelle poussée, c'est-à-dire le 10 octobre.

Sérum et agar : staphylocoque pur.

2 novembre. — Il existe un ganglion gros comme un œuf de pigeon qui grossit, adhère au maxillaire inférieur, et semble menacé de suppuration.

Diarrhée abondante depuis hier.

Ensemencement des fausses membranes de la gorge stérile (depuis la nouvelle poussée, la gorge est touchée avec le phénol sulfuricé).

3 novembre. — L'amygdale droite se déterge un peu, l'amygdale gauche est moins tuméfiée.

A partir de ce moment, l'état de la gorge s'améliore peu à peu, et le 7 elle était à peu près normale ; il ne

restait plus que la cavité creusée par le bistouri dans la collection purulente, avec un aspect rose et bourgeonnant. Le ganglion qui avait menacé de suppurer avait rétrocedé.

Le malade est sorti guéri le 9.

Dès le début, ce malade a été soumis à un traitement antiseptique de la gorge : grands lavages et attouchements fréquents au phénol sulfuriciné.

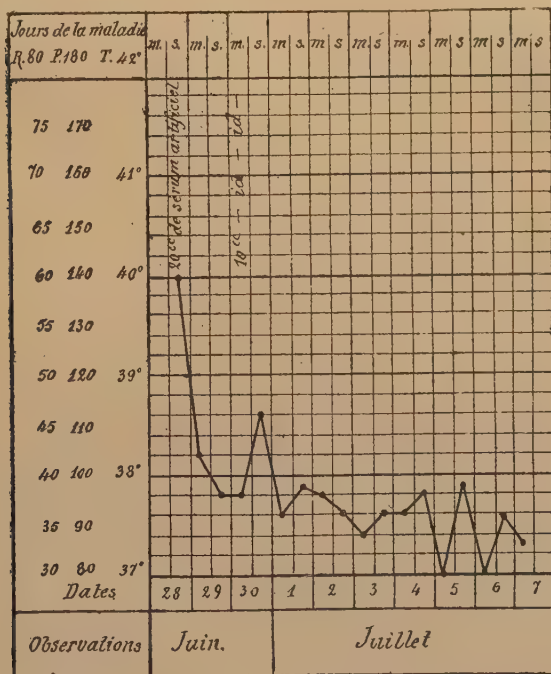
Enfin nous reproduisons des observations déjà citées où le bacille diphtérique et le streptocoque agissent simultanément, où l'infection et l'intoxication marchent de pair,

OBSERVATION I (n° 772)

Diphthérie nasale et pharyngée. — Streptococcie terminale. — Abscès ganglionnaire. — Présence du streptocoque dans le sang et les viscères.

D... (Marie), sept ans : entrée 28 juin à une heure du soir, début par un mal de gorge le 27 à midi.

ETAT A L'ENTRÉE : Des fausses membranes très épaisses



sont rejetées au lavage, après lequel il reste des fragments membraneux sur le pilier antérieur gauche. Dépôts

fibrineux sur les deux amygdales qui sont très tuméfiées. Au pourtour des dépôts la muqueuse est rouge. Les fausses membranes s'étendent sur les deux amygdales, les piliers et le voile du palais, en particulier du côté gauche.

Adénopathie récente, un peu douloureuse du côté gauche, petite et dure.

Nez. — Fausse membrane sur la cloison.

Epistaxis le 28. Jetage nasal.

A l'entrée, l'enfant a de la fièvre, la langue et sèche.

Urine. Pas d'albumine.

Traitement : 20 centimètres cubes de sérum.

Le 30 juin. — Les fausses membranes de la veille sont tombées ; opalescences à leur place : exsudat légèrement putrilagineux sur les amygdales, l'adénopathie diminue ; persistance du jetage ; la narine gauche est toujours obli-térée par des fausses membranes.

TRAITEMENT : 40 centimètres cubes de sérum, parce que les fausses membranes semblent avoir tendance à se reproduire.

Le 2 juillet. — Les fausses membranes sont tombées, les amygdales sont rouges et exulcérées.

Adénopathie droite très appréciable avec empâtement du tissu cellulaire.

Albuminurie, 1 gramme. Herpès buccal à droite.

Le 3 juillet. — Ces phénomènes s'accroissent.

Les amygdales et le voile à gauche semblent décapés, rouges.

Vésicules d'herpès à la commissure labiale droite.

L'adénopathie augmente avec périadénite.

Le 5 juillet. — L'amygdale gauche est exulcérée, à son tour, celle de droite est anfractueuse.

L'exulcération à gauche s'étend sur le voile du palais.

Grosse adénopathie à droite avec infiltration alentour.

Pouls petit, ralenti ; la malade est abattu. Deux vomissements dans la matinée.

Le 6 juillet. — Fluctuation manifeste de l'adénopathie droite.

Albuminurie toujours notable.

Le 7 juillet. — L'enfant présente l'aspect d'une toxoinfection grave : face pâle, lèvres blanches, vomissements, agitation, douleurs dans les membres, pouls petit, embryocardie, collapsus, urines rares et albumineuses, etc.

TRAITEMENT : Injection de 100 grammes de sérum artificiel, caféine.

Mort à midi.

Nota. — Pendant la vie, l'examen bactériologique de la gorge n'a été fait malheureusement qu'une fois, le jour de l'entrée, et a donné des cultures riches de bacilles diphtériques mélangés de cocci dont la nature n'a pas été déterminée.

AUTOPSIE. — Le 8 juillet 1897, vingt-trois heures après la mort. — Pas de signes de putréfaction cadavérique.

Pharynx, libre de fausses membranes, un peu rouge.

Larynx et *trachée*, rien à signaler.

Poumons, un peu d'emphysème, quelques signes de carnification par places aux bases et en arrière.

Cœur très dégénéré, gras, flasque et dilaté, couleur feuille morte du myocarde ; le sang est couleur groseille.

Rate grosse et molle.

Foie gras.

Ganglions du cou. A droite et à gauche, les ganglions sont rouges et tuméfiés.

A droite un ganglion rétro-maxillaire est suppuré.

Centres nerveux congestionnés, beaucoup de liquide céphalo-rachidien.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE. — Le sang du cœur, la rate ont donné d'abondantes cultures de streptocoque.

Ganglion suppuré. *Staphylocoque* et *streptocoque*.

Ganglion non suppuré. Streptocoque pur.

Un cobaye inoculé dans le péritoine avec 1 centimètre cube du sang n'a jamais été malade.

OBSERVATION II (n° 905)

Angine et laryngite diphtérique (?). — Infection septique simultanée, broncho-pneumonie. Streptococcie.

L..., (Albert), huit mois. Entré le 7 septembre à huit heures du matin.

Début : Malade depuis quatre jours : diarrhée jaune, douleur de gorge, toux et voix altérées depuis deux jours, tirage intense à l'entrée.

Etat à l'entrée : Une petite fausse membrane sur l'amygdale gauche et le fond du pharynx. A ce niveau la muqueuse est normale.

Mucopus abondant venant du larynx.

Toux et voix éteintes.

Tirage prononcé.

Anémie accentuée.

A l'auscultation, quelques ronchus dans la poitrine.

Le soir, début de la broncho-pneumonie, râles sous-crépitants dans les poumons, surtout à droite.

L'enfant a été tubé à dix heures, rejet du tube à onze heures ; nouveau tubage à une heure.

TRAITEMENT. — 10 centimètres cubes de sérum.

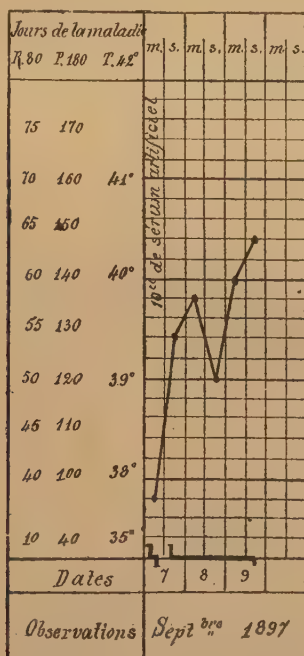
8 septembre. — Les signes de broncho-pneumonie sont accentués : râles dans les deux poumons, dyspnée, pouls fréquent.

Température élevée, etc.

Gorge : sécrétion purulente abondante venant de l'arbre bronchique.

La diarrhée persiste et devient verte.

Traitement approprié : (enveloppements froids), etc.



9 septembre. — Les symptômes précédents s'aggravent ; quelques mouvements convulsifs apparaissent. L'enfant succombe à sept heures du soir.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE A L'ENTRÉE :

Sérum : bacilles courts et parallèles très abondants : staphylocoque très abondants.

Agar : staphylocoque très abondant. Quelques chaînettes de streptocoque.

AUTOPSIE. — Un peu de pleurésie avec léger épanche-

ment, broncho-pneumonie et congestion à la partie inférieure.

Adénopathie trachéo-bronchique : un des ganglions, rouge et tuméfié, présente à son centre un commencement de suppuration.

Les bronches semblent indemnes.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE :

- 1° *Poumon gauche* (noyaux broncho-pneumoniques) SÉRUM = *Streptocoque*
pur abondant.
- — — — — AGAR = *Streptocoque*
pur abondant.
- 2° *Poumon droit*. Idem.
- 3° *Ganglions rétro-maxillaires* (gros
rouges violacés). SÉRUM = *Streptocoques*
en chaînettes courtes,
culture abondante.
- — — — — AGAR = Maigre culture
streptocoque.
- — — — — BOUILLON = Non troublé,
flocons ; *streptocoques*
en longues chaînettes.
- 4° *Ganglions trachéo-bronchiques* (rouges enflammés). — Même
résultat que les ganglions rétro-maxillaires.
- 5° *Sang du cœur*. — SÉRUM = Fortement poussé *streptocoque*
pur.

OBSERVATION III (n° 922).

Diphthérie infectieuse. Streptococcie. Purpura. Autopsie. Présence du bacille dans les ganglions et dans le hile. Staphylococcie simultanée.

B... (Yvonne), six ans, entrée le 13 septembre à neuf heures du matin.

Début. — Depuis quinze jours, enfant abattue, sans appétit ni entrain. Depuis neuf jours voix couverte.

Epistaxis très abondante depuis deux jours et qui persiste à l'entrée.

ETAT A L'ENTRÉE. — *Gorge.* — Fausses membranes grises, épaisses, sanglantes.

Jours de la maladie			m.	s.	m.	s.	m.	s.
R.	P.	T.	A.	R.	P.	T.	A.	R.
75	170							
70	160	41°						
65	150							
60	140	40°						
55	130							
50	120	39°						
45	110							
40	100	38°						
35	90							
30	80	37°						
Dates			13					
Observations			Sept. ^{ière} 1897					

Muqueuse boursouflée, saignante, très rouge et recouverte de sang.

Adénopathie bilatérale avec un peu d'empatement du tissu cellulaire.

Jetage sanglant.

Toux et voix éteinte; facies pâle et plombé; pouls petit et très rapide.

Extrémités refroidies, collapsus.

TRAITEMENT. — 20 centimètres cubes de sérum.

14 septembre. — Le collapsus s'accroît, pas d'urine. Mort au milieu de mouvements convulsifs.

Dans les derniers temps de la vie, purpura généralisé : taches ecchymotiques variant d'une lentille à une pièce de 50 centimes, sur les membres inférieurs surtout et sur les membres supérieurs ; quelques-unes sur le thorax. Taches purpuriques dans l'intervalle.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE À L'ENTRÉE : GORGE. — Sérum. Bacille diphtérique très abondant, quelques chaînettes de streptocoque.

Agar. Petit streptocoque très abondant, beaucoup de bacilles diphtériques.

Ensemencement de la sérosité nasale sanguinolente.

Sérum et agar. Mêmes résultats que pour la gorge.

AUTOPSIE. — Sur tout le corps, on constate de nombreuses taches ecchymotiques variant d'une lentille à une pièce de 50 centimes, surtout sur les membres, au niveau du thorax où il existe une suffusion sanguine assez étendue. On trouve ces mêmes taches sur le cœur, sur l'aorte, dans le poumon.

L'aspect du larynx a le même aspect que celui constaté dans le pharynx pendant la vie.

La trachée est simplement vascularisée.

Le poumon est sain, à part des taches ecchymotiques nombreuses, le parenchyme est indemne.

Adénopathie bronchique, rouge violacé. — Adénopathies le long du nerf phrénique.

Foie gros, taches blanches.

Reins pâles.

Capsules surrénales normales.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE :

- 1° *Bronches* (pus des bronches).. AGAR = Fortement poussé,
bacille diphtérique + *strepto-*
coque dans le bouillon
du tube.
- 2° *Poumon* (ecchymose du pou-
mon) AGAR = *Bacille diphtérique* ;
4 colonies de *staphyloco-*
que blanc.
- 3° *Ganglion carotidien* (gros et
rouges) SÉRUM = *Staphylocoque*.
— — — AGAR = *Staphylocoque*.
— — — BOUILLON = *Staphylocoque*.
- 4° *Ganglion trachéo-bronchique* (un
peu gros et rouge). SÉRUM = *Bacille diphtérique*
= *streptocoque*.
— — — AGAR = Idem.
— — — BOUILLON = Idem.
- 5° *Ganglion phrénique* (rouge vi-
neux) AGAR = Une grosse colonie
de *bacille diphtérique* de
1 millim. de diamètre.
- 6° *Sang du cœur* AGAR = Colonies nettes de
staphylocoque blanc.
— — + Colonies fines de *strep-*
toque.
- 7° *Rate* . . , SÉRUM = Culture abondante,
bacille diphtérique.
— AGAR = *Bacille diphtérique*.
— BOUILLON = *Bacille diphtéri-*
que + *streptocoque*.

8° *Bulbè*. SÉRUM = Fortement poussé, *bacille diphtérique* + *staphylocoque*. Dans le bouillon du bas du tube, nombreux *diplocoques* dont quelques-uns en chaînettes.

— AGAR = Colonies de *staphylocoque*. Dans le bouillon du bas du tube, quelques *bacilles diphtériques* et nombreuses chaînettes de *streptocoque*.

9° *Protubérance*. SÉRUM = Cultures épaissies. *Bacille diphtérique* + *streptocoque*.

INOCULATIONS :

1° *Streptocoque*. — Culture retirée du bulbe sur bouillon de vingt-quatre heures inoculée dans l'oreille d'un lapin, 1 centimètre cube.

Le 20 et le 21. — Le lapin est malade : érysipèle de l'oreille. Le 22, le lapin est mort la nuit dernière avec de la diarrhée.

AUTOPSIE. — Œdème lardacé de l'oreille.

— Streptocoque par frottis de l'œdème.

Rate. — Grosse.

Poumon. — Congestionnés, ecchymotiques.

Sang du cœur. — Examen négatif sur lamelles. Ensemencé dans du bouillon donne des cultures pures de streptocoque.

2° *Bacille diphtérique*:

a) *du bulbe*. — Cultures de quarante-huit heures sur bouillon. Inoculées à un cobaye femelle de 530 grammes,

dose 22 gouttes, le 22 septembre. Le 23, cobaye très malade, diarrhée, dyspnée, peu d'œdème. Mort à une heure de l'après-midi.

AUTOPSIE. — Œdème inoculatoire peu marqué renfermant du bacille diphtérique pur réensemencé. Virulence 1/1.

b) de la rate. — Culture de quarante-huit heures sur bouillon, 29 gouttes sur un cobaye mâle de 730 grammes, le 22 septembre. Le 23, forte diarrhée, œdème local fort accentué. Mort à trois heures. Virulence 1/1.

AUTOPSIE. — Œdème inoculatoire renfermant du bacille diphtérique pur réensemencé.

OBSERVATION IV (n° 947)

Angine, larynélite diphtérique chez un impétigineux. Infection septique simultanée. Streptococcie, staphylococcie. Bacille diphtérique dans les centres nerveux.

M... (Eugénie), deux ans. Entrée le 25 septembre, à dix heures du soir.

Jours de la maladie			m.	s.	m.	s.	m.	s.	m.	s.
R.	P.	T.	42							
75	170									
70	160	41°								
65	150									
60	140	40°								
55	130									
40	40	35°								
Dates			25							
Observations			Sept ^{bre} 1897							

Début. Malade depuis huit jours.

A l'entrée, l'enfant est à moitié mourante, avec un tirage

intense ; le visage plombé et cyanosé. 10 centimètres cubes de sérum. Gourme antérieure. Tubée d'urgence, sans soulagement ; l'enfant succombe au bout de quelques heures.

AUTOPSIE, le 27 septembre. — Adhérence étendue du poumon droit avec la cage thoracique.

Les deux poumons présentent des taches ecchymotiques.

Broncho-pneumonie peu étendue et emphysème.

Cœur sans trace de dégénérescence.

Fausse membranes sur les amygdales et les replis glosso-épiglottiques.

Trachée normale sans fausse membrane.

Rate un peu grosse.

Reins congestionnés et dégénérés : néphrite.

Cerveau mou, beaucoup de liquide arachnoïdien.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE :

1° <i>Pharynx</i> . — Fausse membranes.	SÉRUM =	<i>Bacille diphtérique.</i> <i>Streptocoque.</i>
	AGAR =	Très poussé. <i>Staphylocoque.</i> <i>Streptocoque.</i>
2° <i>Trachée et bronches</i> . — Pas de fausses membranes. Mucositésensemencées	SÉRUM =	<i>Bacille diphtérique.</i> <i>Petit streptocoque.</i>
	AGAR =	(trachée). <i>Staphylocoque.</i> <i>Streptocoque.</i>
	—	(bronches). <i>Bacille diphtérique.</i> <i>Streptocoque.</i> <i>Bactérium coli ?</i>
	—	
3° <i>Poumons</i> (noyaux hémorragiques). a) <i>Gauche</i> .	SÉRUM	<i>Bacille diphtérique.</i> <i>Streptocoque.</i> <i>Staphylocoque.</i>
	AGAR =	<i>Streptocoque.</i> <i>Staphylocoque.</i>
	BOUILLON =	<i>Bacille diphtérique.</i> <i>Streptocoque</i> abond. <i>Staphylocoque.</i>
	b) <i>Droit</i> . <i>Idem.</i>	
4° <i>Ganglions carotidiens</i> . —	SÉRUM	
	AGAR =	<i>Streptocoque.</i>
	BOUILLON	

5° Ganglions trachéo-bronchiques.	SÉRUM =	<i>Streptocoque.</i>
— —	AGAR =	
— —	BOUILLON =	
6° Sang du cœur.	SÉRUM =	<i>Staphylocoque.</i> <i>Streptocoque.</i>
Le liquide du fond renferme des formes bacillaires en raquette en involution.		
— —	AGAR =	<i>Bacille diphtérique.</i>
— —	BOUILLON =	<i>Staphylocoque.</i>
7° Rate.	SÉRUM =	<i>Streptocoque.</i>
— —	AGAR =	
— —	BOUILLON =	
8° Bulbe.	SÉRUM =	<i>Bacille diphtérique</i> (sur un des tubes).
	BOUILLON =	<i>Bacille diphtérique.</i> <i>Streptocoque.</i>
9° Protubérance.	SÉRUM =	<i>Bacille diphtérique.</i> <i>Streptocoque.</i>
— —	AGAR =	<i>Staphylocoque.</i>
— —	BOUILLON =	<i>Streptocoque.</i>
10° Cerveau	SÉRUM =	<i>Sériles.</i>
— —	AGAR =	
— —	BOUILLON =	

INOCULATIONS :

a) *Streptocoque* de la rate. 1 centimètre cube de culture directe dans l'oreille d'un lapin le 30 septembre. Le 1^{er} octobre, érysipèle de l'oreille, dont le lapin se remet après quelques jours de maladie.

b) *Bacille diphtérique*, du bulbe. Le 3 octobre XX gouttes à un cobaye mâle de 465 grammes. Mort le lendemain ; virulence, 1/1.

AUTOPSIE. — Œdème, pleurésie, etc., lésions d'intoxication diphtérique.

L'examen des frottis de l'œdème donne du bacille diphtérique. On ensemence les organes de ce cobaye vingt-quatre heures après la mort : sang du cœur, foie, rate, poumons, capsules surrénales, bulbe, œdème local ; seul l'œdème donne du bacille diphtérique.

OBSERVATION V (n° 960).

Diphthérie infectieuse. — Streptococcie. — Herpès labial. — Purpura. — Mort par syncope. — Bacilles diphthériques dans les ganglions et dans le bulbe. — Streptocoque dans les viscères.

B... (Auguste), dix ans, entré le 4 octobre, à onze heures du matin.

Début : Se plaint de la gorge depuis cinq jours.

A L'ENTRÉE : Amygdales énormes, recouvertes de fausses membranes épaisses et noirâtres recouvrant le voile du palais et le fond du pharynx. Luette en battant de cloche, énorme, encapuchonnée de fausses membranes.

Muqueuse fongueuse, enflammée, saignante.

Haleine fétide.

Infiltration œdémateuse du cou à gauche au milieu de laquelle on distingue quelques ganglions. Jetage nasal séro-sanguinolent.

Larynx indemne.

Herpès labial.

Prostration, teint terreux, plombé. Pouls extrêmement petit, 90 pulsations.

Anurie.

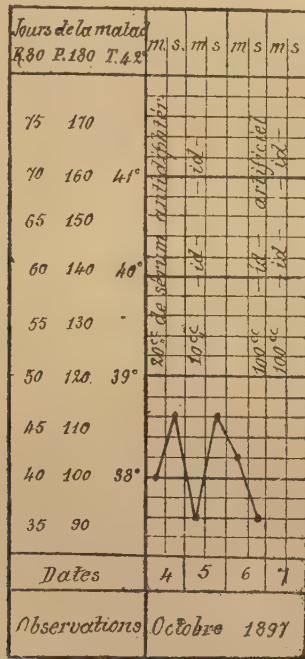
TRAITEMENT. — 20 centimètres cubes de sérum.

Le 5 octobre. — Eruption purpurique des cuisses. Pouls 90 pulsations, un peu inégal.

10 centimètres cubes de sérum.

Le soir, le pouls est à 150.

Même état de la gorge, épistaxis et suintement sanguin pharyngé abondant.



Le 6 octobre. — Etat putrilagineux de la gorge ; érosions de la muqueuse au niveau de l'amygdale, persistance de de l'aspect antérieur, un peu de rougeur érythémateuse du cou.

Le purpura s'est généralisé. Erythème purpurique autour des points d'inoculation du sérum.

Le pouls est retombé à 83.

Quelques gouttes d'urine recueillies renferment des flots d'albumine.

TRAITEMENT. — Lavages de la gorge, injections de caféine, injections de sérum artificiel.

Le 7 octobre. — L'enfant, qui est de plus en plus prostré, meurt subitement pendant le lavage, de syncope.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE A L'ENTRÉE. — GORGE: 1° fausse membrane : sérum, bacille diphtérique abondant, petit streptocoque et diplocoques abondants. *Agar* même streptocoque ; leptothrix très abondant.

2° Ensemencement de la muqueuse après grattage même résultat.

3° *Jetage nasal*. — Bacille diphtérique, streptocoque et staphylocoque.

Un nouvel ensemencement du jetage le jour suivant donne le même résultat avec en plus un bacille décoloré par le Gram (*bacterium coli* ?)

Autopsie. — *La rate* et le sang de la *veine cave* sont ensemencés la veille de l'autopsie, qui a lieu quarante-huit heures après la mort.

Ganglions carotidiens volumineux.

Larynx et *pharynx* garnis de débris putrilagineux qui se continuent dans la trachée.

Poumons présentent de nombreuses ecchymoses correspondant à la coupe à de petits noyaux de la taille d'un pois à une noisette, ces noyaux sont hémorrhagiques.

Cœur. — Graisse le long des sillons interventriculaire et auriculo-ventriculaire, plaques blanches formant léger relief sur la valvule mitrale et l'aorte.

Liquide péricardique assez abondant.

Rate. Hypertrophie, congestionnée, molle.

Reins gros et lisses atteints de néphrite.

Capsule surrénale droite un peu grosse, petites ecchymoses.

Centre nerveux très congestionné.

Taches ecchymotiques disséminées sur toute la surface du corps.

Hémorrhagies sous-cutanées au niveau des piqûres de sérum.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE :

1° *Poumons* (ecchymoses pulmonaires)

—	a)	gauche.	SÉRUM. —	<i>Bacille diphtérique.</i> <i>Streptocoque.</i>
—	—	—	AGAR. —	<i>Streptocoque.</i>
—	—	—	BOUILLON.	<i>Bacille diphtérique.</i> <i>Streptocoques.</i>
—	b)	droit.	Même résultat.	

2° *Ganglions carotidiens* (peu volumineux rouges)

Grosses colonies larges analogues à celles du bulbe.
Bacille diphtérique.
Quelques *streptocoques* dans le bouillon au bas du tube.

3° *Ganglions rétro-maxillaires*

res Stériles.

4° *Sang du cœur* Stérile.

5° *Rate* Stérile. Malgré un large ensemencement.

6° *Bulbe* SÉRUM. — Grosses colonies arrondies. *Bacille diphtérique.*

Dans un tube : nombreux *diplocoques.*

— AGAR. — Un des tubes donne de nombreuses colonies de *streptocoques*. (Ce qui domine dans les cultures, c'est évidemment le bacille).

7° *Protubérance* Même observation et même remarque.

8° Cerveau Stérile.

9° Reins Stériles.

INOCULATIONS.

a) *Streptocoque*. — Isolé du bulbe obtenu pur seulement le 20 octobre, 1 centimètre cube, de culture sur bouillon inoculé dans l'oreille d'un lapin inoculé le 20 octobre. Lapin mort le lendemain avec diarrhée profuse.

AUTOPSIE. — Aucune lésion visible, sauf une couleur gelée de groseille du sang qui est très fluide.

L'ensemencement de ce sang donne du streptocoque pur.

b) *Bacille diphtérique*. — Cultures de cinquante-trois heures.

Cobaye A, femelle 475 grammes, XVIII gouttes.

Cobaye B, mâle 490 grammes, XX gouttes.

Inoculés le 15 octobre.

Cobaye B. — Mort le 16, à six heures du matin. A l'autopsie, œdème peu considérable avec présence de bacille sur frottis, formes longues, courtes et moyennes mais nettement diphtériques. Lésions ordinaires de l'intoxication diphtérique. Tous les organes sontensemencés (foie, rate, rein, capsules surrénales, bulbe, protubérance, cerveau) : Stériles.

Cobaye A. — Très malade, le 16 octobre, diarrhée, gros œdème, dyspnée. Mort le 17 octobre, avec lésions ordinaires d'intoxication diphtérique.

RÉSUMÉ DES CINQ OBSERVATIONS

Début. — Avec abattement, 922.

Mal de gorge, 772 + 960.

Toux et mal de gorge, 905.

Entrée à l'hôpital :

Le lendemain du début, 772.

4 jours après le début, 905.

5 — 960.

8 — 947.

15 jours — 922.

Etat à l'entrée :

Gorge. — Fausses membranes ordinaires, 772 + 905.

Fausses membranes grisâtres et sanglantes, 922 + 960.

Muqueuse rouge, 772 + 960.

Muqueuse normale, 905.

Muqueuse très rouge et saignante, 922.

Adénopathie légère unilatérale, 772.

Adénopathie moyenne bilatérale, 922.

Adénopathie accentuée, 960.

Nez. — Fausses membranes, 722.

Jetage séreux, 722.

Jetage sanglant, 922.

Jetage séro-sanguinolent, 960.

Larynx. — Tirage prononcé, 905 + 947.

Muco-pus abondant, 905.

Toux et voix éteintes, 905 + 922.

Larynx indemne, 960.

Etat général. — Abattement très marqué, 922 + 947
+ 960.

Pâleur extrême, 905.

Facies plombé, 922 + 947 + 960.

Pouls très petit et rapide 922 + 960.

Température : 38,6 = 960

— 35 = 947

— 38 = 922

— 39,8 = 905

— 40 = 772

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE.

772 : (fait 1 fois) : Bacilles + cocci.

905 : Bacilles + staphylocoques + streptocoques.

922 : Bacilles + streptocoques.

960 : Bacilles + streptocoques + staphylocoques.

Inoculation thérapeutique :

772 : 20 c. c. sérum.

905 : 10 c. c. sérum.

922 : 20 c. c. sérum.

947 : 10 c. c. sérum.

960 : 10 c. c. sérum.

Tubage. — 905 ; est tubé, rejette le tube au bout d'une heure ; nouveau tubage deux heures après.

947 : Tubage d'urgence.

MARCHE DES ACCIDENTS SEPTIQUES

772 : Au troisième jour de la maladie, on constate des exsudats putrilagineux sur les amygdales. Persistance du jetage.

Au cinquième jour, amygdale droite, rouge et ulcérée, herpès buccal, albuminurie.

Au sixième jour, deux amygdales sont rouges, décapées, adénopathie augmentée.

Au huitième jour, amygdale gauche exulcérée, celle de droite est anfractueuse. L'exulcération à gauche s'étend sur le voile du palais. Grosse adénopathie à droite avec infiltration. Albuminurie.

905 : Au cinquième jour de la maladie, bronchopneumonie, râles sous-crépitants dans les deux poumons.

Gorge : Sécrétion purulente abondante venant des bronches.

922 : Au 15^e jour de la maladie, fausses membranes grisâtres, épaissies, sanglantes.

Muqueuse saignante, rouge, adénopathie, jetage sanglant.

Purpura généralisé. Taches ecchymotiques sur les membres.

960 ; Au 6^e jour de la maladie, amygdales énormes avec fausses membranes noirâtres recouvrant voile du palais et fond du pharynx. Haleine fétide. Muqueuse fongueuse, saignante. Herpès labial.

Au 7^e jour, éruption purpurique sur les cuisses.

Au 8^e jour, état putrilagineux de la gorge, érosion de muqueuse au niveau d'amygdale. Purpura généralisé.

Terminaison :

772, mort au bout de 9 jours.

905, mort au bout de 6 jours.

922, mort au bout de 16 jours.

947, mort au bout de 8 jours.

960, mort au bout de 8 jours.

CONCLUSIONS

1° Lorsqu'au bacille diphtérique vient s'adjoindre le streptocoque, nous assistons à une maladie nouvelle qui a sa marche, son évolution et ses complications propres subordonnées à la violence de l'infection qui peut envahir tous les organes, mais ce qui nous importe ici c'est l'angine.

2° Or toutes les fois que chez un diphtérique, l'angine se présentera avec les symptômes déjà décrits, avec un état général grave, un abattement profond qui met pour ainsi dire le malade en résolution complète dans son lit, des accidents cardiaques, un pouls très rapide, très irrégulier, le praticien n'aura pas à hésiter et le diagnostic d'une diphtérie associée devra être porté.

3° Il importe donc de bien connaître ces phénomènes pour prévenir la famille du danger couru par le malade, l'angine diphtérique associée se terminant par la mort dans la majorité des cas, 65 pour 100, et pour entreprendre une thérapeutique énergique.

4. Le malade est un diphtérique, mais encore plus un

septicémique. De là découlent deux traitements ; le traitement thérapeutique et le traitement prophylactique.

5° On aura donc recours aux injections de sérum antidiphthérique malgré son action peu efficace, ce qui nous prouve bien que les accidents ne sont pas dûs au seul bacille diphthérique.

On fera des lavages antiseptiques réquents ou à l'eau bouillie ; mais l'eau où les solutions devront être assez chaudes, ce qui a son importance, puisqu'ainsi elles provoqueront une réaction qui fera affluer une plus grande quantité de phagocytes.

On fera des attouchements au phéno sulforiciné à 20 pour 100, mais sans écouvillonnage ; c'est-à-dire sans forte pression, de manière à éviter une syncope.

6° Enfin on devra recommander et exiger l'isolement des malades dans des chambres spéciales.

Vu par le Président de la thèse

HUTINEL

Vue par le Doyen,

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

